



## Kinderanamnesebogen

Name:..... Vorname:..... Geburtstag:.....  
Straße:..... PLZ/ Ort:..... Telefon:.....  
Geburtsort:..... Geburtsname:.....

### Angabe der Eltern:

Name/Vorname Mutter :..... Geburtstag:.....

Name/Vorname Vater:..... Geburtstag:.....

### **Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,**

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. **Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht** und dienen ausschließlich dazu, meine Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

### Leidet Ihr Kind an:

	JA	NEIN		JA	NEIN				
1.einer Erkrankung des Herzens? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Verträgt Ihr Kind bestimmte Medikamente nicht? Falls ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2. nachstehend aufgeführten Erkrankungen? - Zuckerkrankheit -Erkrankungen des Blutes (z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen) - Allergien (z.B. Medikamente, Heuschnupfen) _____ - Schilddrüsenerkrankung - Asthma / Lungenerkrankung - Nervenerkrankung → befinden oder befanden Sie sich in psychologischer Behandlung? - Lebererkrankung/Gelbsucht - Rheuma/rheumatisches Fieber - Nierenerkrankung - Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) - Magen- Darmerkrankung - <b>bestehen Auffälligkeiten</b> (z.B. verzögerte geistige Entwicklung oder Psychologische Auffälligkeiten?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Bestehen z. Zt. sonstige Erkrankungen? Falls ja, welche: _____ _____ 5. Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente ein? _____ _____ 6. Wann wurde Ihr Kind ungefähr zum letzten Mal geröntgt? Welches Organ? _____ _____ 7. Wünschen Sie bei Notwendigkeit eine Betäubung? (siehe Aufklärung Rückseite Vollmacht) 8. Befindet sich Ihr Kind in regelmäßiger ärztlicher Behandlung 9. Willigen Sie in Fluoridierungsmaßnahmen ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

betreuender Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patienten(-in)/Betreuer/ Bevollmächtigter/  
Erziehungsberechtigte \_\_\_\_\_